

טופס הסכמה: ניתוח להסרת ירוד CATARACT EXTRACTION

אני _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

מצהירה/ה בזאת ומאשר/ת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על הצורך בביצוע ניתוח ירוד בעין ימין/שמאל * עם/בלי * השתלת עדשה תוך עינית (להלן: "הניתוח העיקרי").

סוג העדשה המושתלת: עדשה פסאודופאקית (IOL – לתיקון ראייה מרחוק)/ עדשת רזיום (Ressom) / רסטור (Restore) (עדשות מולטי פוקליות בעלות כושר תיקון ראייה לרחוק ולקרוב) *.

סוג הניתוח אשר יבוצע במטופל/ת _____ בעין ימין/שמאל * (להלן: "הניתוח העיקרי").

הירוד (קטרקט), הוא אחד הגורמים השכיחים להפרעה בראיה באנשים מבוגרים המצוי בלמעלה מ- 2/3 מהאוכלוסייה שמעל גיל 60. הירוד, הינו מצב בו עדשת העין איבדה את שקיפותה. הניתוח נועד להוציא את העדשה העכורה וברוב המקרים להשתיל במקומה עדשה מלאכותית.

סוג העדשה וכוחה האופטי יקבעו על ידי הרופא/ה בהתאם לנתוני העין ולמהלך הניתוח. קיימים מצבים בהם לא ניתן להשתיל עדשה בשל תנאים לא מתאימים. במקרים אלה תבוצע רק הוצאת העדשה. ישנם מקרים בהם העדר תנאים להשתלת עדשה יתגלה רק בעת הניתוח. אצל חלק מהמנותחים ייתכן צורך בהרכבת משקפיים לאחר הניתוח.

אני מצהירה/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חילופיות לטיפול בירוד. אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזגוגית, נקיעת העדשה, תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח וכן אפשרות להפרעות תשבורת לאחר הניתוח, שיצריכו הרכבת משקפיים. במקרים נדירים אובדן הראיה בעין המנותחת. סיבוכים נדירים יותר הינם צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח ולעיתים צורך בהשתלת קרנית, היפרדות רשתית ובצקת במקולה. לעיתים מופיע ירוד משני המצריך טיפול בלייזר.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין, ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של "עיניים" באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

תאריך	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס(קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר / ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס של המטופל * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא / היא חתם / ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון
* מחקי/ את המיותר		



החברה לניהול סיכונים ברפואה